

El castigo corporal en la niñez: ¿endemia o epidemia?

*Itzhak Levav,¹ Rodrigo Guerrero,¹ Luciana Phebo,¹
Gloria Coe¹ y María T. Cerqueira¹*

Pocas violaciones de los derechos humanos suscitan mayor preocupación social y repugnancia que las perpetradas contra los niños. No obstante, el número de casos notificados de niños maltratados no solo ha alcanzado proporciones abrumadoras, sino que parece estar aumentando (1). En efecto, tanto en artículos científicos como en los medios de comunicación a menudo hay informes sobre niños que son víctimas de actos de violencia en el hogar, en el barrio y en la escuela. En Estados Unidos de América se notificaron 2,7 millones de casos de niños maltratados o desatendidos en 1991 (2), mientras que los comerciantes de un sector de Río de Janeiro, Brasil, ordenaron el asesinato de niños callejeros porque se los consideraba una molestia pública (3).

Para algunos países de las Américas, los pronósticos no son alentadores con respecto al maltrato de los niños, debido a la propagación de toda clase de actos de violencia y a la exacerbación de problemas sociales, tales como la maternidad y paternidad prematuras, el divorcio, el abuso de drogas y la desintegración de grupos de apoyo social como consecuencia de la migración a las ciudades.

Con renuencia en algunos países y con menos ambivalencia en otros, el sector de salud se ha sumado a otros sectores sociales para hacer frente al problema de la violencia, reconociendo que esta tiene efectos adversos en la salud y que hace falta un enfoque polifacético para combatirla y prevenirla, dados sus múltiples factores determinantes y manifestaciones, entre ellas el maltrato, el descuido y el homicidio (4).

Los años sesenta marcan un hito en la historia en lo referente a la violencia contra los niños, ya que durante ese período se describió el síndrome del niño maltratado y se le acuñó este nombre (5). Desde entonces se han multiplicado los trabajos sobre el tema. A pesar de las investigaciones realizadas, aún queda mucho por aclarar sobre la epidemiología de la violencia contra los niños, sus causas y mecanismos y las medidas más eficaces para prevenirla (1). Sin embargo, los conocimientos acumulados hasta ahora constituyen suficientes bases para la acción (6) y justifican la formulación de programas de intervención sobre bases científicas.

¹ Organización Panamericana de la Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Washington, DC. Dirección postal: 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC, 20037, Estados Unidos de América.

Desde el punto de vista conceptual y operativo, el nacimiento de la promoción de la salud como campo de acción legítimo, tal como se ha definido en la Carta de Ottawa y en declaraciones de posición similares, facilita la formulación de programas relacionados con la violencia interpersonal. La promoción de la salud fomenta estilos de vida sanos como estrategia para mejorar la salud y uno de sus componentes es la erradicación del comportamiento violento y su reemplazo por la comunicación pacífica.

En el presente documento se examina un tipo particular de comportamiento violento contra los niños —el castigo corporal— y se describe a grandes rasgos una iniciativa regional para prevenirlo y combatirlo por medio de estrategias de intervención basadas en la atención primaria de salud, la comunicación social, la educación para la salud orientada a la comunidad y la promoción de políticas saludables.

El castigo corporal

El castigo corporal se aplica para causar dolor con el propósito de modificar una conducta indeseada para la persona que se encarga de disciplinar al niño. Se impone por distintos medios —palmadas, bofetadas, apretones, empujones y golpes con objetos (7)— y es el tipo de comportamiento violento que se adopta con más frecuencia con los niños. Straus observó que más de 90% de los padres en Estados Unidos se valen del castigo corporal para tratar de imponer disciplina (7). Se podría caer en la tentación de desechar las observaciones realizadas en Estados Unidos porque las estadísticas sobre la violencia en ese país son relativamente elevadas (1), pero tampoco en los países que raras veces evocan imágenes de violencia los padres se abstienen de aplicar castigos corporales en el hogar. Por ejemplo, Tonella y Zuppinger (8) informan que en Suiza, país que ha pasado siglos enteros sin guerras, un tercio de los padres imponen castigos corporales. En un estudio realizado por Krugman et al. (9) en estudiantes universitarios en Costa Rica, donde se abolieron las fuerzas armadas a fines de los años cuarenta, 77% de las mujeres y 82% de los hombres entrevistados indicaron haber recibido palmadas durante la infancia. Asimismo, 25% de las estudiantes y 35% de los estudiantes señalaron que habían recibido azotes o latigazos. En el estudio se comprobó también que los malos tratos se habían producido principalmente cuando las víctimas tenían entre 5 y 10 años de edad.

La frecuencia generalizada del fenómeno podría llevar a la conclusión de que se trata de un acto normal de la sociedad y que, por consiguiente, no merece la intervención del sector sanitario. ¿Acaso su frecuencia implica que no tiene efectos adversos para la salud? Después de consultar varias fuentes, McCormick afirma que “el castigo corporal contribuye al problema [de la violencia] porque sirve de modelo para resolver problemas interpersonales” y añade que “es ineficaz e incluso contraproducente como estrategia para la crianza de los niños” (10). En otras palabras, los adultos dan a entender implícitamente a los niños que las palmadas, las bofetadas y otros medios violentos para imponer disciplina son aceptables y necesarios y que los que tienen más poder pueden usarlos contra los que tienen menos poder, o contra los indefensos en el caso de la interacción entre adultos y niños.

Existen pruebas empíricas de los efectos inmediatos y tardíos de la imposición de disciplina por medios físicos. Holmes y Robins examinaron minuciosamente el papel que desempeñan los métodos disciplinarios en el origen de la depresión y el alcoholismo, controlando el efecto de variables de confusión, tales como la historia psiquiátrica de los padres y su nivel socioeconómico. En su estudio de casos

y testigos se examinaron las respuestas de 200 personas entrevistadas en la ciudad de Saint Louis, Misisuri, Estados Unidos. Las autoras llegaron a la conclusión de que “la disciplina severa e incongruente durante la infancia parece ser un factor importante de predicción de la depresión y el alcoholismo en la vida adulta, en familias con o sin padres depresivos o alcoholistas enfermos, pobres o de buena posición socioeconómica” (11). También se ha señalado el presunto papel del castigo corporal en la baja autoestima (12), el comportamiento agresivo (13) y el desarrollo moral del niño (14). Según Straus y Kaufman Kantor, los datos obtenidos parecen indicar que el castigo corporal en la adolescencia podría ser un factor de riesgo de depresión, suicidio, abuso del alcohol, maltrato de los niños y agresión física contra el cónyuge (15).

El castigo corporal no se limita al hogar, sino que se produce también en la escuela. Según la Asociación Médica Estadounidense, este tipo de violencia consiste en “infligir dolor o molestias intencionalmente o en usar la fuerza física con un alumno para castigarlo por su rendimiento o por su conducta” (16). Las leyes de muchos estados de Estados Unidos todavía permiten los castigos corporales en la escuela. La Academia Estadounidense de Pediatría calcula que se imponen castigos corporales entre uno y dos millones de veces al año (17). Poco se sabe sobre la frecuencia de este fenómeno en otros países de las Américas, pero sabemos que existe. Por ejemplo, Anderson y Payne han documentado su existencia en Barbados (18).

Los castigos corporales en la escuela constituyen una violación de los derechos humanos. Por otra parte, no están exentos de consecuencias físicas, psicológicas y académicas adversas (17, 19–20). Después de examinar sus efectos, la Asociación Médica Estadounidense ha recomendado su abolición (16). Lo mismo han hecho otras organizaciones profesionales, pero la práctica todavía no se ha abandonado.

Existen otras razones para recomendar que se erradiquen los castigos corporales de la escuela y del hogar. El límite entre su uso como método para imponer disciplina y el maltrato a los niños dista mucho de ser claro. Cuanto más severo el método disciplinario utilizado, más borrosa se vuelve la línea divisoria y más aumenta el riesgo para la vida y la integridad del niño. Se ha dicho que “el permiso de la sociedad para usar el castigo corporal abre el camino para convertir a los niños en víctimas” (10). Belsky (21) concuerda cuando dice: “es dudoso que se puedan eliminar los malos tratos en tanto que los padres críen a sus hijos en una sociedad en la cual [. . .] se tolere el castigo corporal”. Aunque Kaufman y Ziegler (22) y Widom (23) han advertido que no se debe sacar la fácil conclusión de que los niños maltratados siempre se convierten en padres abusivos o de que la violencia durante la infancia conduce necesariamente a actos violentos o delictivos más tarde, existen motivos para sospechar que las personas que son víctimas de actos de violencia durante la infancia tienen propensión a cometer esos actos en la edad adulta. En un estudio transversal realizado en varios consultorios pediátricos docentes de dos estados de Estados Unidos, Buntain-Ricklefs et al. comprobaron que “el principal factor de riesgo de aprobar cualquier tipo de castigo [físico o emocional] era haber experimentado ese castigo de niño” (24). En un grupo de 527 padres y tutores en Chile, Vargas et al. encontraron un riesgo relativo de 4,9, lo cual indica la gran probabilidad de que los padres que han recibido castigos físicos durante la infancia apliquen los mismos métodos con sus hijos (25). Hemenway et al. concuerdan con esa conclusión, pero señalan que algunos padres logran romper el círculo de la violencia (26). Adoptando un enfoque antropológico, Fry estudió la transmisión de la violencia de una generación a otra en dos comunidades zapotecas de México (27). Ambas presentaban grandes diferencias en la incidencia de peleas, maltrato conyugal, actos de agresión,

homicidios y otras manifestaciones de violencia y en los métodos de crianza de los hijos: la más pacífica preconizaba estrategias verbales positivas para imponer disciplina, mientras que la otra usaba castigos corporales con mayor frecuencia. La mayor parte de estos estudios no están totalmente exentos de limitaciones metodológicas, pero en su conjunto sirven para ponernos en alerta sobre una situación que es perturbante, si hemos de creer los resultados de investigaciones que sugieren que la violencia engendre violencia.

La promoción de la salud, en su búsqueda de bienestar y de una mejor calidad de vida, recomienda reemplazar los comportamientos violentos con medios pacíficos de comunicación, independientemente de la magnitud del daño inmediato o futuro para la salud del individuo. De esta forma, el sector de salud ayudará a la sociedad a respetar los derechos de los niños. Cabe notar que los niños reciben castigos corporales con fines disciplinarios a pesar de que la sociedad ya no tolera esta práctica en grupos de otras edades.

Desafíos y estrategias de intervención

La introducción de programas comunitarios para reducir o abolir los castigos corporales seguramente tropezará con obstáculos formidables de diverso origen, el primero de los cuales será la cultura misma, en la medida en que aprueba el castigo corporal como componente de la crianza de los niños y la disciplina escolar. Un ejemplo es el Caribe, donde el uso inveterado de castigos corporales para disciplinar a los niños parece tener su origen en la historia traumática de los países de esa zona (28). Otro ejemplo es el de un estado mexicano donde, según un estudio reciente, el castigo corporal está propiciado por la creencia de que tiene efectos correctivos beneficios y está aprobado por las leyes estatales (29). Cabe señalar que en las sociedades donde se desacostumbra aplicar castigos corporales, es bastante raro que se maltrate a los niños (21). En vista de la aprobación cultural generalizada del castigo corporal como forma de imponer disciplina, no es de sorprender que escasamente haya leyes contra el mismo en el mundo. De hecho, es notable el caso de Suecia, donde se promulgaron leyes que prohíben no solo los castigos corporales en la escuela, sino también en el hogar (30).

El segundo obstáculo en la lucha contra el castigo corporal podrían ser precisamente sus perpetradores. Como ya se ha señalado, son tantos los padres que recurren al castigo corporal —90% en Estados Unidos (7); en Chile, por lo menos 60% de los padres y tutores de escolares entrevistados en tres escuelas primarias de Santiago admitieron que imponían castigos corporales (31)—, que es posible que no haya conciencia de la necesidad de modificar este comportamiento. Para lograrlo se propone adoptar simultáneamente las tres medidas siguientes: 1) inculcar el rechazo por el castigo corporal, 2) persuadir a los padres de que otros métodos disciplinarios tienen igual o mayor eficacia y 3) enseñarles estos otros métodos.

A raíz de los debates de los educadores sobre el castigo corporal en las escuelas, se han producido cambios importantes tendientes a erradicarlo como medida disciplinaria. En Estados Unidos, por ejemplo, se ha abolido el castigo corporal en las escuelas en varios estados y ciudades importantes, pero en muchos lugares todavía se aplica legalmente. Los maestros y las autoridades escolares todavía no están al corriente de los efectos adversos del castigo corporal y de la existencia de otros métodos para controlar el comportamiento de los alumnos. La Asociación Médica Estadounidense ha preparado una lista de tácticas eficaces para controlar la con-

ducta: elogiar, usar modelos, fomentar la participación de los alumnos en la redacción de los reglamentos de disciplina, etc. (16).

El tercer obstáculo para la introducción de un programa comunitario podría ser, paradójicamente, las mismas víctimas. En un estudio realizado en Barbados sobre la opinión de los escolares con respecto al castigo corporal se comprobó que la mayoría consideraban “bastante justos” o “insuficientes” los azotes que recibían de las autoridades escolares y solo una relativa minoría de niños y niñas —47% y 29%, respectivamente— consideraba que se aplicaban “con demasiada frecuencia” (18). En una muestra de escuelas de Santiago, Chile, Vargas et al. observaron que 63% de los alumnos de una escuela municipal y 25% de los que asistían a una escuela privada encontraban justificables los castigos corporales impuestos por los padres (32). Rausch y Knutson investigaron la apreciación retrospectiva de estudiantes de una universidad de Estados Unidos sobre la medida en que ellos o sus hermanos habían recibido castigos corporales durante la infancia. Los entrevistados se mostraron dos veces más propensos a notificar el mal trato de un hermano que el de ellos mismos. Aunque el estudio podría estar sesgado por la elección del hermano más vulnerable a los castigos corporales, varias valoraciones posteriores del estudio tendieron a mostrar que “es poco probable que las personas con una formación severamente punitiva clasifiquen su [propia] experiencia como maltrato” (33). Los resultados de otros estudios, como los de Berger et al. (34), coinciden con los mencionados. Weller et al. comprobaron que las personas que habían recibido castigos corporales durante la adolescencia, etapa del desarrollo en que los padres o tutores los usan con menos frecuencia que en la infancia (15), tendían más a recomendarlos como método para controlar la mala conducta que las que no los habían recibido (35). En dos consultorios de Estados Unidos, Socolar y Stein estudiaron la opinión de 203 madres de muy diversos estratos socioeconómicos con respecto al castigo de los hijos con palmadas y observaron una relación significativa ($p < 0,002$) entre el haber sido castigada de esa manera durante la infancia y la creencia de que la práctica es aconsejable (36). En cambio Carlson, aplicando un método diferente, descubrió que nueve niños de 12 años eran capaces de elegir otros métodos disciplinarios cuando se les describieron distintas malas conductas infantiles (37). A pesar de los resultados de este último estudio, la mayor parte de las pruebas acumuladas revelan que las personas tienden a subestimar la índole y severidad de la disciplina a la que ellos mismos han sido sometidos. Esto podría a su vez obstaculizar su adecuada comprensión de la experiencia y la posibilidad de modificar su propio comportamiento.

El cuarto obstáculo a la hora de montar un programa podría radicar en el personal de salud mismo. Además de sus tareas más tradicionales en la práctica clínica, el pediatra tiene las de “iniciador, educador, colaborador y promotor” en la prevención de la violencia en la escuela y en otros entornos (38). Se ha comprobado, sin embargo, que el médico de atención primaria, el médico de la familia y el pediatra a menudo se sienten reacios a entrar en asuntos en que han recibido poca formación o en los que rigen la experiencia y los valores personales. Wissow y Roter, que estudiaron a los médicos de un consultorio pediátrico en un barrio urbano pobre de Estados Unidos, observaron que estos “tenían un conocimiento relativamente escaso de la preocupación y la angustia de los padres por la conducta de sus hijos” (39). Los médicos detectaron problemas solo en 27% de los casos en que las madres ($n = 89$) relataron a los investigadores un nivel de violencia familiar que se manifestaba en malos tratos. Sugg e Inui utilizaron métodos cuantitativos para investigar la actitud de médicos dedicados principalmente a la medicina familiar en

una institución de salud en Estados Unidos y observaron una marcada renuencia a tratar asuntos relacionados con la violencia familiar (40). En un estudio realizado en Estados Unidos —y afectado en cierta medida por la alta frecuencia de respuestas ausentes—, Morris et al. observaron que de los 58 médicos entrevistados, 90% pensaban que “una palmada en las nalgas, dada suavemente con la mano abierta”, no era un método disciplinario impropio; que para 55% “una palmada en las nalgas, dada con la mano abierta y que deja una marca roja”, no era una medida impropia, y que para 28% “un azote suave con un cinturón” tampoco era inadecuado (41). McCormick realizó un estudio en Ohio, Estados Unidos, con una muestra más numerosa de pediatras y médicos de familia y con una tasa de respuesta de 61%. Los resultados revelaron que 67% de los entrevistados aprobaban el castigo corporal en ciertas circunstancias, como cuando el niño salía corriendo a la calle sin mirar. Los médicos de familia que integraban la muestra dijeron aprobarlo con mayor frecuencia (70%) que los pediatras (59%) y, como dato interesante, los médicos más jóvenes dijeron aprobarlo con mayor frecuencia que los médicos de más edad (10).

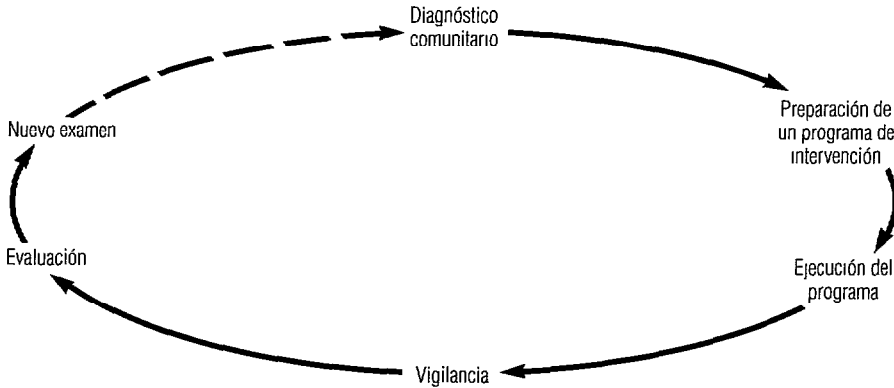
Un último obstáculo institucional a la ejecución de un programa relacionado con este problema y con otros problemas que le son afines, como la violencia intrafamiliar, radica en el sistema de atención de salud mental en algunos países de las Américas. Bajo el modelo de atención tradicional predominante, no existe suficiente personal especializado (psiquiatras, psicólogos y demás) fuera de los servicios generales de salud, fenómeno que dificulta las consultas y la formación de personal de atención primaria capaz de prevenir y diagnosticar y tratar problemas psicosociales en la práctica. En cambio, el movimiento iniciado en la Región destinado a trasladar los servicios a la comunidad facilita la coordinación entre el especialista en el comportamiento humano y el personal de atención primaria de salud (42). En resumen, el análisis de los obstáculos señalados indica la necesidad de formular estrategias de intervención apropiadas para superarlos. Algunas de ellas se describen a continuación.

Un programa modelo y sus componentes

Kark (6) delineó los pasos que encierra un programa comunitario con orientación epidemiológica a fin de proporcionar una base científica para la toma de medidas en la comunidad (figura 1). El programa descrito a continuación, destinado a limitar o erradicar el castigo corporal, se ciñe a ese modelo.

La formulación y ejecución de este programa comprende tareas complejas y de larga duración compuestas de distintos pasos. Primero se deberá ensayar el programa en uno o dos países a fin de preparar y poner a prueba los métodos e indicadores necesarios e investigar la factibilidad, aceptabilidad y efectividad de las intervenciones (43). Esto se hará previa identificación de programas análogos que estuvieran en curso. Concluida esta etapa inicial se harán pruebas de campo adicionales en cuatro o cinco países para elaborar un programa modelo que deberá someterse a la consideración de los países de la Región antes de llevarse a la práctica de forma generalizada y de adaptarse a la situación local de cada país. Como señala Fry, al principio el programa modelo incluirá todos o la mayoría de los componentes que se describen a continuación, ya que todavía no se poseen conocimientos sólidos sobre la contribución relativa de cada uno a la eficacia de la intervención (27).

FIGURA 1. Etapas de un programa comunitario para reducir o eliminar los castigos corporales a los niños



La modificación de creencias culturales, actitudes y prácticas que favorecen el castigo corporal y su reemplazo por otros métodos para el control de la conducta serán los objetivos principales de dos intervenciones: la comunicación social y educación para la salud por un lado, y por otro la formulación y adopción de leyes y políticas públicas saludables.

Durante los últimos años se ha mejorado mucho la eficacia de la comunicación en el campo de la salud utilizando los medios de comunicación en masa y la comunicación personal. Los resultados de investigaciones recientes indican que los programas de comunicación para la salud, emanados de la teoría y basados en estrategias selectivas bien definidas, han resultado eficaces para promover la salud y el bienestar (44, 45). Por consiguiente, tanto la comunicación social como la educación para la salud son métodos adecuados para promover creencias y modificar hábitos de conducta. La comunicación ofrece un marco apropiado para comprender la forma en que las personas y los grupos adquieren conocimientos, actitudes y hábitos. Varios autores han contribuido a la comprensión de este concepto, entre ellos Cartwright, que escribió sobre el papel de la influencia personal como factor desencadenante necesario (46); y Bandura, con el modelo de aprendizaje social (47).

En el marco de la educación para la salud, esta estrategia de intervención ofrece oportunidades de aprender por medios participatorios y de crear entornos propicios para que personas de todas las edades inicien un proceso de aprendizaje sobre los comportamientos que inciden en la salud individual y colectiva. En esta iniciativa se combinarán las estrategias de comunicación social y educación para la salud, que se complementarán y potenciarán entre sí.

En la comunidad se realizarán intervenciones colectivas dirigidas a fomentar cambios de actitud y comportamiento con la participación de padres, futuros padres, abuelos, clérigos y otros líderes comunitarios, a fin de promover, apoyar y facilitar la difusión de información sobre otros métodos disciplinarios. En las escuelas se trabajará con grupos homogéneos o mixtos formados por maestros, administradores de escuelas, padres y alumnos. Huelga decir que la capacitación de los maestros sobre el control de la conducta es sumamente importante porque el domi-

nio que estos tengan de otros métodos disciplinarios y el apoyo que se les brinde facilitarán el paso de un tipo de disciplina a otro. En el programa escolar será necesario promover la comunicación constructiva a fin de reducir las probabilidades de que las autoridades escolares reaccionen de forma violenta frente a faltas de conducta. En vista de que hay culturas en las que el uso del castigo corporal no existe o es poco frecuente, como señalan Belsky (21) y Fry (27), entre otros, es razonable esperar que estas estrategias de intervención arrojen algún resultado.

En Suecia, las leyes que prohíben a los padres imponer castigos corporales a sus hijos estuvieron precedidas y acompañadas por medidas adicionales, pues no se consideraba que la legislación en sí fuese la única respuesta al problema. Se proveyó amplia información y capacitación a los padres y a las organizaciones de protección de la infancia, las cuales llevaron a cabo diversas actividades (30). El mismo autor cita los resultados de una encuesta realizada en Suecia por un instituto de estudios de opinión: de 1961 a 1981 se observó una disminución constante del número de padres que creían en imponer castigos corporales a los niños de vez en cuando, y un aumento paralelo del número de padres que opinaban que los castigos corporales no eran un método apropiado para disciplinar a los hijos.

Las leyes que prohíben los castigos corporales en las escuelas son más frecuentes que las que los prohíben a padres o tutores, pero todavía no han sido enteramente adoptadas o impuestas en todos los países de las Américas.

Por último, el programa deberá apoyarse en el nivel primario de la atención de salud, de tal forma que el control de la conducta de los niños figure entre los temas abordados por el médico o la enfermera en el centro de salud durante las consultas prenatales (48) y posnatales (49) y por los agentes de salud comunitarios o voluntarios durante sus visitas a domicilio.

Wissow y Roter, además de hacer un llamamiento a "los médicos clínicos como grupo [. . .] [para que] presenten un frente unido contra el uso de la violencia en la familia", examinan distintas estrategias de intervención en el ejercicio de la profesión, con el propósito de explicar a los padres la diferencia entre castigo y disciplina y de enseñarles a aplicar otros métodos para disciplinar a los hijos y a reducir o abolir el castigo (39). Para que el personal del nivel primario pueda intervenir, será necesario que tome conciencia del problema y que reciba una formación centrada en el asesoramiento de los padres y en el fomento de actitudes a favor de métodos de disciplina no violentos (50). Se pedirá a expertos en las ciencias de la conducta que colaboren con los programas de capacitación.

Las visitas a domicilio, que serán la segunda medida adoptada en el marco de la atención primaria de salud, reducen mucho la violencia contra los niños. Olds et al. realizaron un ensayo aleatorio en que enfermeras hacían visitas a domicilio a madres en situaciones de alto riesgo (por ejemplo, madres adolescentes, solteras o de clase socioeconómica baja) y observaron resultados favorables con respecto a varios parámetros, entre ellos una reducción del número de consultas a la sala de urgencia (51). Un aspecto interesante fue que "en el grupo de mayor riesgo [. . .] se observó que las mujeres que recibieron visitas de enfermeras en su casa cuando los bebés tenían entre 10 y 22 meses castigaban y restringían a los niños con menos frecuencia que sus homólogas en el grupo testigo" y esa diferencia fue estadísticamente significativa.

En las escuelas, la enfermera y el psicólogo son los profesionales que están en mejor posición para interactuar con el personal escolar y promover métodos nuevos. Las pautas que recomiendan Poole et al. (52) para el pediatra que trabaja en el medio escolar refuerzan las actividades de la enfermera y el psicólogo (cuadro 1).

CUADRO 1. Intervenciones para eliminar el castigo corporal en la infancia y medidas acompañantes, según el grupo destinatario

Medidas dirigidas a cada grupo destinatario			
Intervención	Padres	Maestros	Proveedores de servicios de salud
Acopio de datos básicos sobre actitudes, creencias y costumbres	Grupos de opinión; encuestas	Grupos de opinión; encuestas	Entrevistas y formularios de inscripción
Adopción de políticas	Leyes contra el castigo corporal	Directrices escolares contra el castigo corporal	Pautas para el asesoramiento y criterios para notificar casos de castigo corporal
Uso de los medios de comunicación para dar información y movilizar la opinión pública	Anuncios por radio y televisión; espacio en programas regulares; comunicados de prensa; materiales audiovisuales sobre métodos de crianza adecuados	Material didáctico sobre medidas disciplinarias adecuadas y resolución de conflictos; boletines y carteles; materiales audiovisuales	Capacitación; materiales de consulta; boletines y folletos
Educación para la salud dirigida a métodos positivos de crianza, comunicación, disciplina y resolución de conflictos	Grupos comunitarios; educación popular por medio de organizaciones no gubernamentales y grupos de apoyo	Capacitación de maestros; reuniones de padres y maestros	Seminarios y talleres

En resumen, este documento presenta bases para la acción y describe a grandes rasgos un programa comunitario para reducir el castigo corporal en los hogares, escuelas y barrios de América Latina y el Caribe. La campaña regional que se propone tiene metas que están aún muy distantes. Los autores estamos plenamente conscientes de la magnitud de la iniciativa propuesta, pero frente a la violencia que está diezmando a la sociedad no hay mejores opciones.

REFERENCIAS

1. Reiss AJ, Roth JA, eds. *Understanding and preventing violence*. Washington, DC: National Academy Press; 1993.
2. Hoekelman RA. Doom and gloom again: what we can do about it. *Pediatr Ann* 1992;21:471-472.
3. Cruz Neto O, Minayo MC. Violence and banalization of life. *Cad Saude Publica* 1994;10:(supl 1). (En portugués).
4. Pan American Health Organization. *Health and violence: Regional plan of action*. Washington, DC: PAHO; 1994.
5. Kempe C, Silverman F, Steele B, Droegmueller W, Silver H. The battered child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.
6. Kark SL. *Epidemiology and community medicine*. New York: Appleton-Century Crofts; 1974.
7. Straus MA. Discipline and deviance: physical punishment of children and violence and other crime in adulthood. *Soc Probl* 1991;38:133-153.
8. Tonella A, Zuppinger K. L'enfant maltraité et négligé en Suisse. *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124:2331-2340.
9. Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics* 1992;90:157-161.
10. McCormick KF. Attitudes of primary care physicians toward corporal punishment. *JAMA* 1992;267:3161-3165.
11. Holmes SJ, Robins LN. The role of parental disciplinary practices in the development of depression and alcoholism. *Psychiatry* 1988;51:24-36.
12. Oates RK, Forrest D, Peacock A. Self-esteem of abused children. *Child Abuse Negl* 1985;9:159-163.
13. Weiss B, Dodge KA. Some consequences of early harsh discipline: child aggression and a maladaptive social information processing style. *Child Dev* 1992;63:1321-1335.
14. Hoffman ML, Saltzstein HD. Parent discipline and the child's moral development. *J Pers Soc Psychol* 1967;5:45-57.
15. Straus MA, Kaufman Kantor G. Corporal punishment of adolescents by parents: a risk factor in the epidemiology of depression, suicide, alcohol abuse, child abuse, and wife beating. *Adolescence* 1994;29:543-561.
16. American Medical Association, Office of the General Counsel. Corporal punishment in the schools. *JAMA* 1992;267:3205-3208.
17. American Academy of Pediatrics, Committee on School Health, 1990 to 1991. *Pediatrics* 1991;88:173.
18. Anderson S, Payne MA. Corporal punishment in elementary education: views of Barbadian schoolchildren. *Child Abuse Negl* 1994;18:377-386.
19. Monyooe LA. Perspective reports of corporal punishment by pupils in Leshoto schools. *Psychol Rep* 1993;73:515-518.
20. Lepen Cherian V. Self-reports of corporal punishment by Xhosa children from broken and intact families and their academic achievement. *Psychol Rep* 1994;74:867-874.
21. Belsky J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull* 1993;114:413-434.
22. Kaufman J, Ziegler E. Do abused children become abusive parents? *Am J Orthopsychiatry* 1987;57:186-192.
23. Widom CS. The cycle of violence. *Science* 1989;244:160-166.
24. Buntain-Ricklefs JJ, Kemper KJ, Bell M, Babonis T. Punishments: What predicts adult approval? *Child Abuse Negl* 1994;18:945-955.
25. Vargas CNA, López SD, Pérez RP, Toro VG, Zúñiga CP, Ciocca BP. El castigo físico a los niños: opinión y conducta de los adultos. *Rev Med Chil* 1993;121:567-573.
26. Hemenway D, Solnick S, Carter C. Child-rearing violence. *Child Abuse Negl* 1994;18:1011-1020.
27. Fry DP. The intergenerational transmission of disciplinary practices and approach to conflict. *Hum Organ* 1993;52:176-185.
28. Arnold E. The use of corporal punishment in child rearing in the West Indies. *Child Abuse Negl* 1982;6:141/145.

29. Corral-Verdugo V, Frias-Armenta M, Romero M, Muñoz A. Validity of a scale measuring beliefs regarding the "positive" effects of punishing children: a study of Mexican mothers. *Child Abuse Negl* 1995;669-679.
30. Ziegert KA. The Swedish prohibition of corporal punishment: a preliminary report. *J Marriage Fam* 1983;45:917-926.
31. Vargas CNA, López SD, Pérez RP, Toro VG, Zúñiga CP, Ciocca BP. Características del castigo físico infantil administrado por padres de tres colegios de Santiago. *Rev Chil Pediatr* 1993;64:333-336.
32. Vargas CNA, López SD, Ciocca BP, López GC. Castigo físico infantil: opiniones de los niños de dos colegios. *Rev Med Chil* 1994;122:958-953.
33. Rausch K, Knutson JF. The self-report of personal punitive childhood experiences and those of siblings. *Child Abuse Negl* 1991;15:29-36.
34. Berger AM, Knutson JF, Mehm JG, Perkins KA. The self-report of punitive childhood experiences of young adults and adolescents. *Child Abuse Negl* 1988;12:251-262.
35. Weller SC, Romney AK, Orr DP. The myth of a subculture of corporal punishment. *Hum Organ* 1987;46:39-47.
36. Socolar RRS, Stein REK. Spanking infants and toddlers: maternal belief and practice. *Pediatrics* 1995;95:105-111.
37. Carlson BE. Children's beliefs about punishment. *Am J Orthopsychiatry* 1986;56:308-312.
38. Wilson-Brewer R, Spivak H. Violence prevention in schools and other community settings: the pediatrician as initiator, educator, collaborator, and advocate. *Pediatrics* 1994;94:623-630.
39. Wissow LS, Roter D. Toward effective discussion of discipline and corporal punishment during primary care visits: findings from studies of doctor-patient interaction. *Pediatrics* 1994;94:587-593.
40. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence: opening Pandora's box. *JAMA* 1992;267:3157-3160.
41. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. To report or not to report: physicians' attitudes toward discipline and child abuse. *Am J Dis Child* 1985;139:194-197.
42. Levav I, Restrepo H, Guerra de Macedo C. The restructuring of psychiatric care in Latin America: a new policy for mental health services. *J Public Health Policy* 1994;15:71-83.
43. Abramson JH. The four types of evaluation: clinical reviews, clinical trials, program reviews, and program trials. *Public Health Rep* 1979;94:210-215.
44. Fly B. Mass media and smoking cessation: a critical review. *Am J Public Health* 1987;77:153-160.
45. Rice RE, Paisley WJ. *Public communications campaigns*. Beverly Hills, Ca.: Sage; 1990.
46. Cartwright D. Some principles of mass persuasion: selected findings from research on the sale of United States war bonds. *Hum Rel* 1949;2:53-69.
47. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1977.
48. Soumenkoff G, Marneffe C, Gerard M, Limet R, Beeckmans M, Hubinot PO. A coordinated attempt for prevention of child abuse at the antenatal care level. *Child Abuse Negl* 1982;6:87-94.
49. Howard BJ. Discipline in early childhood. *Pediatr Clin North Am* 1991;38:1351-1369.
50. Woolf A, Taylor L, Melnicoe L, Andolsek K, Dubowitz H, De Vos E, et al. What residents know about child abuse: implications of a survey of knowledge and attitudes. *Am J Dis Child* 1988;142:668-672.
51. Olds DL, Henderson CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986;78:65-78.
52. Poole SV, Ushkow MC, Nader PR, Bradford BJ, Ashbury JR, Worthington DC, et al. The role of the pediatrician in abolishing corporal punishment in schools. *Pediatrics* 1991;88:162-167.

□